Department of Labor and Industries
Pension Benefits
PO Box 44281
Olympia WA 98504-4281

Fecha	N° del Reclamo	N° de Folio

DECLARACIÓN DE DERECHOS

Para LOS BENEFICIOS DE UN TRABAJADOR TOTALMENTE DISCAPACITADO BAJO LAS LEYES DEL SEGURO INDUSTRIAL

Aviso

Si está firmando con poder notarial, envíe una copia del poder si no lo ha hecho anteriormente. Para su protección, hacemos una comparación entre su firma y la firma en cheques que estén endosados a su nombre.

Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración para Beneficios tiene que ser completada, firmada, notariada y devuelta al departamento dentro de 30 días.

Nombre del trabajador totalmente discapacitado (use letra de imprenta)		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Dirección residencial igual a la dirección postal?: Si NO, escriba la dirección residencial	Sí ❒	No ❒

¿Ha trabajado desde que sometió la última declaración de derechos? Sí ❒ No ❒ Si su respuesta es SÍ, ¿Cuándo empezó?	
Número de días trabajados por semana	El promedio de mis ingresos semanales es de $ (dólares)
Nombre del empleador y dirección postal	

Cualquier cambio en el estado de los dependientes o hijos por los cuales usted está recibiendo una pensión debe ser reportado. Cambios en las circunstancias de dependencia pueden requerir un ajuste en los beneficios mensuales. Cambios en la dependencia incluyen: fallecimiento, matrimonio, encarcelamiento, emancipación o cambio en el cuidado y la custodia. **Si no reporta cambios de los dependientes o encarcelamientos para poder continuar recibiendo beneficios a los que no tuviera derecho, podría enfrentar cargos civiles o criminales.**

Desde la última vez que sometió el formulario de declaración de derechos, ¿Ha sido condenado por un crimen y está cumpliendo una sentencia?
Sí ❒ No ❒ Si contestó SÍ, ¿Cuándo? ¿Dónde?

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado civil (fallecimiento de cónyuge, divorcio, matrimonio, etc.)?
Sí ❒ No ❒ Si contestó SÍ, escriba la fecha y el cambio de estado civil

Se requiere la firma del notario

Subscribed and sworn to before me this date (Fecha)
Notary public signature (Firma)
For the state of (En el estado de)
Residing at (Dirección)
My commission expires (Fecha de vencimiento de la licencia)

Bajo pena de perjurio, hago constar que las declaraciones mencionadas arriba son verdaderas. Si firma con una "**X**" por favor pídale a un testigo que escriba su nombre usando letra de imprenta y después haga su marca personal.

N° de Seguro Social (Sólo para identificación)	N° de teléfono ( )
Fecha Firma	
Si firma con una "X", escriba el nombre del testigo aquí.	